

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 59

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

CHEZ

LES FEMMES ENCEINTES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mars 1921

PAR

Henri FABRE

Né à Philippeville (Algérie), le 3 Juin 1891

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE

CROIX DE GUERRE (4 citations)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DUCAMP, professeur, <i>Président.</i>	{	
		VALLOIS, professeur.		
		EUZIERE, agrégé.		<i>Assesseurs.</i>
		RIMBAUD, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

CHEZ

LES FEMMES ENCEINTES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 59

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

CHEZ

LES FEMMES ENCEINTES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mars 1921

PAR

Henri FABRE

Né à Philippeville (Algérie), le 3 Juin 1891

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE

CROIX DE GUERRE (4 citations)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DUCAMP, professeur, <i>Président.</i>	{	
		VALLOIS, professeur.		<i>Assesseurs.</i>
		EUZIÈRE, agrégé.		
		RIMBAUD, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DETRIEUX, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	{	EUZIERE.	Accouchements	{	LAPYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.).
Histologie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE.
		DELMAS (J.)			CABANNES.
		GRYNFELT.	Chimie		MESTREZAT.
			Physique		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. DUCAMP, professeur, *président*.
VALLOIS, professeur.

MM. EUZIERE, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Je dédie cette thèse, faible témoignage
d'amour filial et de reconnaissance
infinie.*

A MA SŒUR

A MA FEMME

A MES FILS YVAN ET ROGER

H. FABRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ EUZIÈRE

Qui a bien voulu nous inspirer ce travail.

Hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RIMBAUD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage de notre reconnaissance pour
toute la bienveillance qu'il nous a
témoignée au cours de nos études.*

H. FABRE.

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

CHEZ

LES FEMMES ENCEINTES

INTRODUCTION

Depuis que l'encéphalite léthargique a fait son apparition sous forme épidémique, elle a donné lieu à de nombreux travaux. L'encéphalite a été décrite sous toutes ses formes, mais il nous a paru intéressant d'étudier la façon dont se comporte cette affection chez les femmes enceintes. En effet, nos recherches bibliographiques nous ont montré qu'il n'existe sur « encéphalite et grossesse » aucun travail d'ensemble.

Pourtant cette maladie qu'on appelle à tort maladie nouvelle, n'est qu'une maladie nouvellement reconnue et nouvellement décrite.

En effet, depuis le Moyen-Age, quoique pour Netter cette maladie remonte au Père de la Médecine, nous retrouvons sous différents noms la symptomatologie et les aspects cliniques de l'encéphalite léthargique. Chorea major au

Moyen-Age, elle est décrite par Sydenham au xvii^e siècle comme un état grippal.

En 1846, Dubini nous parle de la chorea elettrica dont Sicard et Litvak nous ont montré l'identité avec l'encéphalite myoclonique (*Bull. et mém. de la Soc. médic. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1920).

En 1891-92, des auteurs italiens signalent la « Nona ».

En 1909, nous trouvons des cas isolés.

C'est en 1917 seulement, qu'une épidémie fut observée au Centre de neurologie de Bar-le-Duc, par Cruchet, Moutiers et Calmette.

A la même époque, Von Economo, de Trieste, en publia sept cas, recueillis à la clinique Von Jauregg (Encephalitis lethargica, in *Wiener Klinische Wochenschrift*, 10-5-17).

En France, c'est Netter le premier qui décrivit les premiers cas en 1918, acceptant le nom d'encéphalite léthargique donné à la maladie par Von Economo.

Depuis, les observations se sont multipliées et les recherches ont été incessantes tant en France qu'à l'étranger.

Après une période d'accalmie, l'encéphalite a refait son apparition, mais sous une forme différente et d'un pronostic moins sombre.

Au début de notre travail, on trouvera les observations qui en sont le point de départ. Nous avons ensuite étudié les aspects cliniques de la maladie, et nous avons constaté que la grossesse confère à la symptomatologie ordinaire, des caractères un peu particuliers. Du fait de l'état grave, le diagnostic comporte des difficultés nouvelles que nous nous sommes efforcés d'envisager et de résoudre. Puis, nous avons rapidement traité le chapitre pronostic. Enfin, la question thérapeutique ne nous a pas paru exiger de longs développements.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Observation de M. Roume (in *Bulletin de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*)

Mme X..., 23 ans, primigeste, entre à la Maternité le 3 juillet 1920, envoyée par son médecin, parce que, depuis quelques jours, elle est plongée dans une sorte de demi-coma. Bonne santé habituelle. Les antécédents héréditaires et collatéraux ne révèlent rien de notable. Dernières règles 4 février 1920.

Le premier mois de la grossesse a été normal. A partir du second, quelques vomissements survenant le matin, n'ont jamais été inquiétants et n'ont pas empêché l'alimentation.

Mme X... n'aurait jamais accusé de sensation de doigt mort ou de bourdonnement d'oreilles, ni de crampes dans les mollets, pas d'œdème des jambes, pas de troubles de la vue.

Depuis un mois environ, la malade se sentait plus fatiguée, tout d'abord elle a accusé une sensation de courbature générale, de malaise indéfini, des douleurs musculaires et surtout une grande envie de dormir. Cette tendance anormale au sommeil, est allée en progressant, survenant d'abord par accès, elle est arrivée au besoin de sommeil

continu, à tel point qu'elle en ferait oublier à la malade de s'alimenter.

Malgré tout, son appétit reste conservé, elle digère bien les aliments que l'on parvient à lui faire prendre à force de supplications.

Dans les quinze derniers jours, son état a empiré. Le sommeil se prolonge la journée entière; la malade répond de plus en plus difficilement aux questions, du bout des lèvres et comme à bout de souffle, elle laisse échapper une réponse monosyllabique.

Finalement, elle a dû s'aliter tout à fait et depuis huit jours, sur les conseils d'un médecin, on l'a mise au régime lacté.

Jamais la gestante n'a dit qu'elle avait senti remuer son enfant.

A l'examen, nous nous trouvons en présence d'une jeune femme bien constituée, de taille moyenne. Etendue sur le dos dans son lit, elle a l'aspect d'un sujet endormi, le faciès abattu, les paupières mi-closes sans ptosis de la paupière supérieure.

Son teint est pâle, sa langue rôtie, les dents fuligineuses. Du côté des yeux, de la paresse du réflexe à la lumière, un peu d'inégalité pupillaire, un certain degré de nystagmus dans le sens vertical. Pas de myosis.

Appareil respiratoire normal.

Cœur: les bruits sont très énergiques, surtout au foyer aortique; légère tendance à l'arythmie.

Raie méningitique très nette.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont plutôt faibles; pas de Babinski. Pas de troubles moteurs, hyperesthésie cutanée aux membres inférieurs. Un peu de raideur de la nuque, pas de Kernig net, pas de vomissements à caractère méningé. L'abdomen est peu volumi-

neux. A la palpation, le fond utérin est perceptible vers l'ombilic, l'utérus lui-même est dur, assez difficile à palper. L'auscultation des bruits fœtaux ne donne pas de résultats.

Les urines sont rares, foncées, et contiennent un peu de pus.

Urée, 10,5; chlorures, 4 grammes par litre; pas d'acétone; pas de pigments biliaires; pas de sucre; présence d'albumine, 0 gr. 50 par litre.

Le pouls est tendu, la tension est de 22; température, 37°2; pouls, 80.

Pensant à des phénomènes de toxémie, on institue le traitement approprié. On pratique une ponction lombaire: le liquide est clair, mais sous très forte tension. Examiné au point de vue de sa richesse en albumine, il paraît normal.

Le lendemain, 4 juillet, les symptômes paraissant s'aggraver, M. le professeur Euzière est appelé en consultation.

L'état de la malade est devenu encore plus mauvais; elle n'urine pas, la raideur de la nuque a augmenté avec l'inégalité pupillaire, le strabisme externe est devenu très net. Température, 39°; pouls, 110, mais régulier et bien frappé.

M. le professeur Vallois décide d'évacuer l'utérus pour donner une chance de salut à la mère. L'état de la malade empire encore. Température, 39°8; pouls, 124. On constate de la raideur de la nuque, du strabisme, de l'inégalité pupillaire. Le Kernig apparaît. On décide d'intervenir par simple dilatation, mais l'intervention est à peine commencée que la malade s'éteint progressivement. La nécropsie n'a pu être pratiquée. Le lendemain arrive la réponse du laboratoire: le chiffre de l'azotémie est normal: 0,48 par litre.

Les crises de narcolepsie, les troubles oculaires, les mou-

vements choréo-athétosiques, l'état général infectieux et la notion d'épidémicité (il y en avait un cas au village), nous avaient conduit à penser à une forme fruste d'encéphalite léthargique.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le professeur Mairet)

Présentée par MM. Euzière et Carriou à la *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*

D. J., 22 ans, entre à l'hôpital Général, le 4 janvier 1921. Bonne santé habituelle, rougeole en bas âge, présente une grossesse de quatre mois et demi. Antécédents héréditaires et collatéraux : père mort d'une pneumonie, frère mort à trois mois d'une méningite.

Vers le 20 décembre 1920, notre malade a eu des épistaxis répétées et violentes, pendant trois jours qui ont occasionné des bourdonnements d'oreilles avec vertige et faiblesse dans les membres inférieurs. Puis peu à peu, est survenu un besoin irrésistible de sommeil (elle dormait en mangeant). Le 25 décembre la fièvre a fait son apparition. On ne peut en préciser le degré. D. J... s'est mise au lit ; à ce moment, s'est installée une diplopie qui a persisté pendant trois ou quatre jours.

Le 27 décembre, la malade est entrée à la Maternité, où elle a somnolé pendant quarante-huit heures. Elle avait alors peu de fièvre, mais un délire de parole et d'action. Elle éprouvait en outre une difficulté très grande à articuler les mots et présentait des troubles de la déglutition.

Cet état s'est du reste rapidement amendé et le 4 janvier, on note seulement une légère somnolence : les mouvements sont lents et malhabiles, la physionomie peu mobile ; strabisme interne de l'œil droit peu accusé, sans nystag-

mus. Température oscillant entre 37°8 et 38. Tous les modes de sensibilité sont normaux, il en est de même des réflexes tendineux. Les appareils digestif, circulatoire, respiratoire et urinaire sont en bon état. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. La ponction lombaire a montré un liquide normal au point de vue chimique et contenant 7,2 lymphocytes au millimètre cube. L'état s'est encore amélioré vers la fin de janvier.

A cette époque, la malade peut être considérée comme guérie. La grossesse n'a pas paru être influencée par cet épisode pathologique jusqu'au début de février. D. J... sent remuer le fœtus dont les bruits du cœur s'entendent normalement au lieu d'élection.

OBSERVATION III

(Service de M. le professeur Mairet)

Présentée par MM. Euzière et Carrieu à la *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*

L. E..., 23 ans, entre à l'hôpital, le 9 janvier 1921, pour fièvre, troubles visuels et douleurs céphaliques.

Ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. A eu la rougeole puis la fièvre typhoïde à 16 ans. Est actuellement enceinte de sept mois.

Début le 1^{er} janvier par céphalée frontale très violente, obligeant la malade à se coucher. A ce moment, elle voyait double les objets éloignés et dit avoir eu de la fièvre.

Elle était alors dans un état de demi sommeil et ne comprenait que difficilement les questions posées.

A son entrée, la malade est abattue, très somnolente, elle délire. Les membres supérieurs (partie inférieure) et la

face sont le siège de mouvements myocloniques. La céphalée persiste ainsi que la fièvre, 38°5, qui diminue progressivement.

La diplopie a disparu.

On remarque des fuliginosités sur les lèvres. Il n'y a pas de Kernig. Les réflexes tendineux sont légèrement diminués. Le réflexe cutané plantaire est en flexion. Les sensibilités sont normales. Les pupilles égales et régulières, réagissent normalement à l'accommodation et faiblement à la lumière. Le nystagmus apparaît dans le regard oblique. Le muscle droit interne du côté droit est légèrement parésié.

La malade est constipée, elle n'a pas d'appétit, sa langue est sale.

Les appareils respiratoire, circulatoire et urinaire sont normaux.

La ponction lombaire a montré une légère hypertension : 0,65 d'albumine et 6,4 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

La somnolence devient telle que la malade s'endort pendant qu'on l'ausculte et même pendant qu'on lui fait une ponction lombaire. Après une crise cardiaque grave, caractérisée par de la tachycardie, avec arythmie et élévation de température atteignant 39°, crise qui a duré quarante-huit heures et qui a cédé à l'absorption de digitale, l'évolution s'est faite normalement vers la guérison complète, obtenue au début de février.

Actuellement, le fœtus est vivant et ne paraît pas avoir souffert de la maladie maternelle.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Vallois)

Recueillie par M. P. Siméon, interne

Mme A. C..., 30 ans, primigeste. Bonne santé habituelle. Antécédents héréditaires et collatéraux, rien à signaler.

Dernières règles, 20 mai 1920. Les deux premiers mois de la grossesse ont été pénibles : vomissements matutinaux quotidiens et vomissements alimentaires très fréquents, céphalée. Puis ces malaises ont cessé et la grossesse s'est poursuivie normalement jusqu'au début du septième mois. A ce moment (vers le 15 décembre), les vomissements ont recommencé et la céphalée a reparu. La malade s'engouait facilement lorsqu'elle avalait des éléments liquides, elle a présenté de la diplopie et devait lutter contre une incessante envie de dormir.

Cet état est allé sans cesse s'aggravant.

A C..., entre à la Maternité le 17 janvier, à 5 heures du soir, avec le diagnostic d'occlusion intestinale. Constipée chronique, elle n'avait pas eu de selles depuis trois jours. Cependant, un lavement donné le matin même, a provoqué l'évacuation de matières d'odeur fétide.

Un lavement purgatif administré à la malade peu après son arrivée dans le service, a également provoqué une selle.

Les urines recueillies à la sonde, ne contiennent pas d'albumine. A. C... se trouve dans un état de profonde stupeur, voisin du coma, cependant l'intelligence est intacte et la malade répond avec précision aux questions posées, mais par suite de troubles de la phonation, certaines paroles sont inintelligibles.

Le visage est amaigri, mais coloré. On est frappé par le ptosis des paupières supérieures que la malade est incapable de soulever même avec effort.

Dyspnée intense, 56 respirations à la minute. Secousses myocloniques du diaphragme et de la sangle abdominale survenant à des intervalles irréguliers (cinq par minute environ).

Les pupilles ne réagissent pas à la lumière.

Réflexes tendineux et périostés normaux, pas de Babinski. La langue est rouge, sèche, rôtie, elle présente des tremblements fibrillaires.

Appareil respiratoire: normal.

Cœur: normal.

Le poulx, mou, petit, rapide, filant, bat à 140; température: 37°6.

La somnolence, le ptosis, la perte du réflexe pupillaire à la lumière, la diplopie, les secousses myocloniques du diaphragme font porter le diagnostic d'encéphalite léthargique (diagnostic confirmé par M. le professeur Fuzière appelé en consultation). L'état de la malade paraît si grave que l'on n'ose pas pratiquer la ponction lombaire.

La malade ne paraît pas éprouver de douleurs d'origine utérine, elle est cependant en voie d'avortement. Le toucher pratiqué à 17 heures, indique: col effacé et dilaté comme 2 francs, membranes rompues, sommet engagé en gauche antérieur. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

A 20 h. 30, la dilatation étant complète, l'avortement est terminé par une application de forceps. Extraction sans difficulté d'un fœtus mort et macéré du sexe féminin (la mort paraît remonter à quatre ou cinq jours). Le fœtus est âgé de sept mois et demi environ. 21 heures, délivrance naturelle. Injection intra-utérine iodo-iodurée. A ce mo-

ment, le pouls est incomptable. Injection intra-veineuse de 200 centimètres cubes de sérum glucosé. Huile camphrée, 10 centimètres cubes. L'utérus est contracté, pas d'hémorragie. Le lendemain, 18 janvier, l'état est plus grave encore, le pouls est incomptable, la dyspnée est de plus en plus intense. Huile camphrée, 10 centimètres cubes; caféine, 0,25.

Décès ce même jour, à minuit. Du sang du cordon avait été recueilli dans le but de pratiquer une séro-réaction de Wassermann. Il ne s'est pas coagulé.

OBSERVATION V

Inédite

Due à l'obligeance de M. Lasseigne, médecin de colonisation à Trézel
département d'Oran

C. C..., 25 ans, multipare, deux enfants antérieurs, âgés de quatre et deux ans, enceinte de huit mois. Bonne santé habituelle. A été prise, brusquement, le 4 novembre 1920 de malaises, courbature, vomissements. Le médecin retenu ne peut venir que le soir. La malade se plaignait de voir les objets doubles et on constatait un léger strabisme divergent. La température était de 37°9. On fit lever la malade. La colonne vertébrale semblait soudée et la démarche rappelait celle de la maladie de Parkinson. Il fut impossible de pratiquer la ponction lombaire ce jour-là.

Pendant les quatre jours qui suivent, la raideur de la colonne vertébrale diminue, mais la céphalée augmente, la fièvre monte à 38°2; la malade est somnolente, parle lentement et ne répond qu'aux questions posées avec insistance. La ponction lombaire donne un liquide clair et montre une légère hypertension. L'analyse des urines pratiquée au chevet de la malade, ne décèle ni sucre, ni albumine.

Le 9 novembre, on constate un facies un peu figé, peu expressif et un léger ptosis bilatéral. La diplopie a disparu. Les réflexes tendineux sont normaux, de même que tous les modes de sensibilité. Les appareils digestif et urinaire sont en bon état. Rien à signaler du côté du cœur. Les pupilles sont égales et régulières. Elles réagissent bien à l'accommodation et faiblement à la lumière.

Le 11 novembre, la malade peut se tenir debout et marcher d'un pas saccadé mais sans trouble de l'équilibre. La température est de 37°4. La somnolence persiste jusqu'au 22 novembre où l'apyrexie est complète. Pendant tout le temps de la maladie, les bruits fœtaux sont entendus normalement au lieu d'élection.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le liquide céphalo-rachidien est normal au point de vue chimique et ne contient que 6,5 lymphocytes au millimètre cube (1).

Le 9 décembre, le médecin est rappelé au chevet de la malade qui est en travail depuis deux heures. Les membranes sont rompues et la dilatation est complète. On hâte l'accouchement par une application de forceps. La délivrance se fait normalement trente-cinq minutes après. Pas d'hémorragie. L'enfant, du sexe mâle, pesait 3 kil. 420 et ne paraissait pas s'être ressenti de la maladie maternelle.

La mère et l'enfant, revus pour la dernière fois le 25 décembre, étaient en bonne santé.

(1) La réaction de Bordet-Wassermann et l'étude du liquide céphalo-rachidien ont été faites à l'Institut Pasteur d'Alger.

ASPECTS CLINIQUES

L'encéphalite léthargique est une des maladies dont la symptomatologie est la plus riche et la plus variée. Parmi les désordres nerveux qui sont les plus fréquents, figurent : la somnolence avec ses degrés variables et la diversité de ses aspects cliniques ; le délire avec ses formes multiples de subdélire, de délire confusionnel, de délire aigu ; les paralysies oculaires avec des localisations et des combinaisons nombreuses ; des paralysies de la face et des membres le plus souvent incomplètes et transitoires ; toute la gamme des phénomènes spasmodiques, depuis la simple exagération de quelques réflexes tendineux ou la simple hypertonie musculaire, jusqu'aux myoclonies les plus violentes, aux convulsions épileptiformes, aux mouvements choréiques, à l'athétose, le tremblement, les troubles de l'équilibre et l'asynergie cérébelleuse ; diverses modifications de la démarche et du facies ; des douleurs de siège varié ; des troubles vaso-moteurs, des troubles des sphincters » (Ch. Achard).

Ces symptômes ne se retrouvent jamais au complet chez un même malade, mais ils se groupent de façon à composer des formes cliniques nettement distinctes ; par exemple : forme léthargique, forme choréique, forme parkinsonienne, forme myoclonique. On pourrait décrire autant de formes qu'il y a de malades.

Or, il est remarquable que chacune de ces formes prédomine suivant l'épidémie considérée : c'est ainsi que léthargique en 1919, la névrauxite est maintenant myoclonique ; la somnolence est, à l'heure actuelle, un phénomène rarement noté. Qu'on se rapporte à nos observations, on verra que, au contraire, le subcoma, l'hypersomnie sont chaque fois signalés. Il y a là un fait digne d'être souligné ; la gravité semble prédisposer nettement aux formes léthargiques de l'affection. On pourrait croire que l'encéphalite, venant s'ajouter à un état infectieux préexistant, augmenterait l'intensité de la maladie. Nous constatons que grossesse et encéphalite évoluent indépendamment.

Du reste, Sicard avait signalé deux cas où l'encéphalite semblait devoir jouer un rôle nocif et d'aggravation puisqu'il s'agissait d'affections du système nerveux (tabes et goître exophtalmique). Aucune manifestation ultérieure défavorable ne fut notée. Le processus tabétique, l'évolution basedowienne ne subirent aucun choc, aucun contre coup malencontreux.

Réciproquement, la maladie encéphalique évolua d'une façon relativement bénigne, sans acquérir, au contact de ces états morbides préexistants, de gravité particulière.

Dans les observations II, III, V, nous voyons en effet que l'encéphalite et la grossesse ont évolué séparément, sans avoir de répercussion l'une sur l'autre.

Nous avons retrouvé, chez nos malades, les cinq points cardinaux que l'on peut extraire de la symptomatologie complexe de l'encéphalite léthargique :

- La somnolence ;
- Les mouvements anormaux ;
- Les troubles oculaires ;
- La fièvre ;
- Les douleurs.

DIAGNOSTIC

L'encéphalite léthargique peut être confondue avec un grand nombre d'affections; nous nous contenterons seulement de les énumérer. Ce sont:

La fièvre typhoïde.

La syphilis du mésocéphale.

L'hémorragie méningée.

La chorée de Sydenham.

La chorée chronique de Huntington.

La maladie de Hénoc-Bergeron, que Pitres et Janowicz considèrent comme une manifestation de l'hystérie.

La paralysie agitante.

Le vertige paralysant ou maladie de Gerlier.

L'hystérie.

On pourrait rapprocher également l'encéphalite léthargique de la méningite tuberculeuse.

Bien que la leucocytose rachidienne n'affecte pas la même abondance, ni surtout la même marche ascendante, que l'on constate dans la méningite tuberculeuse, comme l'a signalé Netter, il peut se faire que, dans certaines granulies, le liquide céphalo-rachidien reste normal et l'erreur de diagnostic au début est facilement faite.

Du fait de la grossesse, un nouveau diagnostic se pose: il faut différencier l'encéphalite léthargique de certains aspects de la toxémie gravidique: celle-ci peut, en effet,

provoquer du coma, des paralysies, de la diplopie et réaliser un tableau clinique assez comparable à celui de la névraxite. Mais elle possède des signes propres: œdème, bourdonnements, doigt mort, crampes, hypertension, albuminurie. En outre, les phénomènes myocloniques manquent constamment, de même que les troubles de la déglutition, de la phonation, de la mimique.

Les affections susceptibles de simuler l'encéphalite sont, on le voit, très nombreuses, aussi on ne saurait s'entourer de trop de garanties avant de porter un diagnostic ferme et il faut faire appel aux méthodes de laboratoire.

Etude du sang. — L'hémoculture est négative de même que la réaction de Bordet-Wassermann.

Etude du liquide céphalo-rachidien.

Tension du liquide. — On trouve une légère hypertension au début qui va en diminuant jusqu'à devenir normal à la période d'état.

Couleur. — Le liquide est toujours clair, eau de roche. On ne constate jamais de coagulation massive ni de dépôts fibrineux.

Albumine. — Dans la très grande majorité des cas (pour ne pas dire dans tous), on peut affirmer que l'hyperalbuminose, lorsqu'elle existe, est très peu marquée.

Matières réductrices. — Pour Laporte et Rouzard, l'augmentation du pouvoir réducteur du liquide céphalo-rachidien des encéphalitiques est constante. Ces auteurs auraient trouvés, dans tous les cas observés par eux une hyperglycorachie.

Pour Boveri, de Pavie, sur 16 cas observés, il aurait constaté :

11 cas d'hyperglycorachie ;

1 cas d'hypoglycorachie ;

4 cas où le sucre était normal.

Pour l'école de Montpellier, la glycorachie est proportionnelle à la glycémie (Derrien).

Examen cytologique. — Il se passe pour la lymphocytose ce qui se passe pour la tension intra-rachidienne, c'est-à-dire sa présence au début et sa diminution ensuite.

En tout cas, cette lymphocytose est légère.

Si nous nous sommes étendu sur l'étude du liquide céphalo-rachidien, c'est pour montrer qu'il est légèrement modifié et que sa valeur au point de vue du diagnostic est très grande, car elle nous permet d'éliminer tous les autres diagnostics où nous constatons sa modification.

PRONOSTIC

Sicard résume les modalités évolutives cliniques en :

1° Névrauxites à évolution rapidement mortelle de quelques jours à trois ou quatre semaines (fréquentes au début de l'épidémie, plus rares actuellement).

2° Névrauxites à évolution curable et totalement curable, de quelques semaines à trois, quatre, cinq mois (formes rares).

3° Névrauxites à évolution mortelle, lentement progressive en l'espace de quelques mois à plusieurs années, avec un syndrome de Parkinson, des paralysies, des troubles sphinctériens, de la cachexie (formes très rares).

4° Névrauxites à évolution favorable, lentement progressive en l'espace de quelques mois à plusieurs années, mais souvent entrecoupées d'épisodes transitoires, de reviviscence, des symptômes de la période aiguë : somnolence, diplopie, myoclonie (formes fréquentes, surtout dans leur modalité évolutive moyenne).

Au point de vue qui nous occupe plus particulièrement ici, le pronostic comporte deux parties :

1° La grossesse aggrave-t-elle l'encéphalite ?

2° L'encéphalite interrompt-elle la grossesse ?

1° La grossesse n'aggrave pas l'encéphalite, les observations II, III, V, le prouvent suffisamment.

Une femme enceinte peut aussi bien faire une forme bé-

nigne qu'une forme maligne. Le pronostic est pour la mère identique à celui qui doit être porté dans tous les cas d'encéphalite.

2° L'encéphalite, lorsqu'elle se termine par la guérison, n'entraîne pas l'avortement ou l'accouchement prématuré et la grossesse se poursuit normalement.

Lorsque, au contraire, il s'agit d'une forme grave, le fœtus meurt le plus souvent quelques jours avant la mère.

TRAITEMENT

Le traitement médical habituel sera mis en œuvre : urotropine par la voie buccale et en injection intra-veineuse, électrargol, huile camphrée, abcès de fixation, etc.

La grossesse indique-t-elle des médications nouvelles ? Y a-t-il avantage dans l'intérêt de la mère à provoquer l'avortement ? Non, car, d'une part, la grossesse ne paraît pas aggraver l'encéphalite, d'autre part l'encéphalite permet souvent la continuation de la grossesse.

CONCLUSIONS

I. — Du fait de la grossesse, la névraxite épidémique paraît acquérir quelques caractères spéciaux: la tendance à l'hypersomnie est particulièrement marquée.

II. — Malgré l'état de moindre résistance créé par la grossesse, la maladie ne semble pas comporter un pronostic plus sombre qu'à l'ordinaire.

III. — Si la forme est bénigne, le fœtus ne paraît pas se ressentir de la maladie maternelle. Si la forme est grave, quel que soit l'état de la grossesse, le fœtus succombe.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 2 mars 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 2 mars 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
